7

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894 — N° 7

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1894, à 1 heure

Par Georges GARNIER,

Né à Gondrecourt (Meuse), le 3 décembre 1866.

DU CANCER DE LA VERGE

Et en particulier

DE SON TRAITEMENT PAR LE BISTOURI

Président : M. TERRIER, professeur.
Professeur : M. TILLAUX.
Agrégés : MM. LEJARS. DELBET.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 11 Juillet 1894, à 1 heure

Par GEORGES GARNIER,

Né à Gondrecourt (Meuse), le 3 décembre 1866.

DU CANCER DE LA VERGE

Et en particulier

DE SON TRAITEMENT PAR LE BISTOURI

Président : M. TERRIER, professeur.
Professeur : M. TILLAUX.
Agrégés : *MM.* LEJARS. DELBET.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................... M.	BROUARDEL.
Professeurs................	MM.
Anatomie..	FARABEUF.
Physiologie..	CH. RICHET.
Physique médicale.................................	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale..............	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale........................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.............	BOUCHARD.
Pathologie médicale................................	DIEULAFOY. DEBOVE.
Pathologie chirurgicale...........................	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique............................	CORNIL.
Histologie..	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils...........................	TERRIER.
Pharmacologie......................................	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale................	LANDOUZY.
Hygiène..	PROUST.
Médecine légale....................................	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie........	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée............	STRAUS.
Clinique médicale.................................	SÉE (G.) POTAIN. JACCOUD. HAYEM.
Maladies des enfants..............................	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux........	N...
Clinique chirurgicale..............................	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX. N...
Clinique des maladies des voies urinaires..........	GUYON.
Clinique ophthalmologique.........................	PANAS.
Clinique d'accouchement..........................	TARNIER. PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISSAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des travaux anatomiques.	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	QUENU.	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERER.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.		
DEJERINE.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE MÈRE,

Témoignage de filiale reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX,
DE PARIS.

A MON CHER MAITRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR DU CASTEL,

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A MONSIEUR LE DOCTEUR QUÉNU,

Protesseur agrégé,

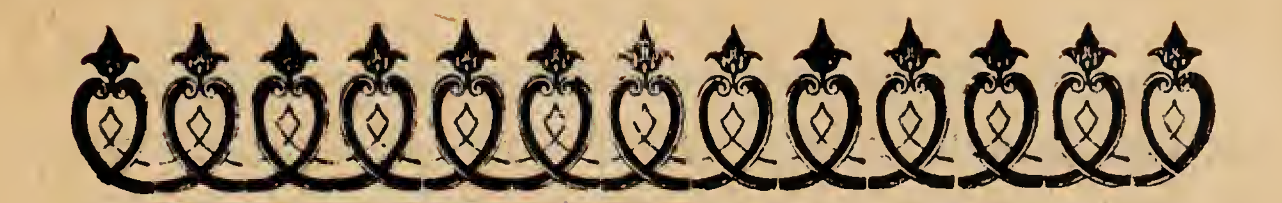
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER,

Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Officier de la Légion d'honneur.



AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'Ecole de Médecine, nous tenons à adresser nos sincères remerciements à tous ceux qui, depuis le début de nos études médicales, nous ont aidé de leurs conseils et qui souvent nous ont honoré de leur bienveillance.

Nous devons une vive reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux et nous tenons à en donner publiquement le témoignage à MM. les chirurgiens Peyrot, Delens et Bazy (Lariboisière), Prengrueber et Jalaguier (Ivry), à MM. les accoucheurs Tarnier (clinique d'accouchement de la Faculté) et Budin (Charité), à MM. les médecins Rigal (Necker) et Jules Simon (Enfants malades).

Que M. le docteur du Castel, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dont la bienveillance ne nous a jamais fait défaut, veuille bien agréer l'assurance de l'affection toute filiale que nous lui avons vouée.

Nous n'aurions garde d'oublier M. le professeur agrégé Quénu, chirurgien de l'hôpital Cochin, dont les bons conseils ne nous ont pas manqué dans l'élaboration de ce travail et nous ont permis de mener cette œuvre à bien. Nous tenons à lui en témoigner ici notre vive reconnaissance.

Que M. le professeur Terrier, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, reçoive nos sincères remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait.





DIVISION DU SUJET

Ce que nous avons en vue de traiter dans cette thèse, ce n'est pas tant le cancer de la verge au point de vue clinique que le traitement chirurgical de cette affection. Les parties autres que le traitement chirurgical ont été traitées mieux que je ne pourrais le faire avec mes faibles ressources par des maîtres tels que Demarquay et Julien (Thèse de 1873).

Encore dans le traitement chirurgical ferons nous une sélection, glissant rapidement sur des méthodes aujourd'hui délaissées à juste titre, pour étudier spécialement les divers modes d'amputation par le bistouri.

Le succès obtenu par M. le professeur agrégé Quénu lorsqu'il opéra le malade qui fait le sujet de notre observation II et la communication de l'observation I nous ont déterminé à faire du cancer de la verge l'objet de notre thèse et à tenter de mettre en évidence

l'excellence des procédés employés par le distingué chirurgien de l'hôpital Cochin. Ce que nous souhaitons avant tout, c'est de les avoir exposés avec assez de clarté pour être facilement compris ; les faire connaître suffira amplement à les faire adopter par la généralité de nos chirurgiens.





Notions générales sur le cancer de la verge.

Etiologie. — On l'observe généralement entre 40 et 70 ans.

La statistique de Demarquay est en effet :

De 20 à 30 ans	9
De 30 à 40 ans	14
De 40 à 50 ans	18
De 50 à 60 ans	23
De 60 à 70 ans	23
De 70 à 80 ans	10

On dit que s'il y a moins de cancéreux de 70 à 80 ans c'est que les vieillards de cet âge sont moins nombreux.

La statistique de Lebert est sensiblement la même :

De 20 à 25 ans	2
De 30 à 35 ans	1
De 40 à 45 ans	1
De 45 à 50 ans	3
De 55 à 60 ans	1
De 65 à 70 ans	1

Ricord dit ne pas avoir vu de cancer de la verge avant 40 ans et toujours entre 50 à 60 ans.

L'un des malades de M. le docteur Quénu n'a que 32 ans et ne rentre pas dans la règle commune. L'un des malades de M. le professeur Poncet, un jeune homme de 17 ans, se trouve aussi dans le même cas.

« Les causes du cancer de la verge sont aussi « obscures que celles de toutes les affections cancé« reuses : il faut reconnaître qu'on les ignore en ce « qu'elles ont d'essentiel. » (Demarquay). Cependant, on invoque généralement parmi les causes déterminantes du cancer du pénis : le phimosis congénital (42 fois sur 59), la syphilis (10 fois sur 59), la contusion, la déchirure du prépuce, la fistule urinaire, le défaut de propreté, la cohabitation avec une femme atteinte de cancer du col utérin (chacun 1 fois sur 59).

Un autre cas, cité par Demarquay est assez curieux : il s'agit d'un riche industriel à qui sa maîtresse, une jeune portugaise fort jalouse, perça le prépuce et fit porter pendant plusieurs années un et même deux petits cadenas d'or dont elle seule avait la clef. Il persista une induration qui semble avoir été le point de départ d'un cancer. Les deux malades de M. le docteur Quénu semblent pouvoir être rangés parmi les cas où le cancer a été consécutif à un traumatisme.

L'un des malades de M. le professeur Poncet (de Lyon) est très intéressant en ce sens, qu'avec un cas cité par Demarquay, il sont les seuls connus où la cohabitation avec une femme atteinte de cancer utérin semble devoir être invoquée comme cause de contagion.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le cancer de la verge est généralement analogue à celui qu'on remarque sur tous les autres points du revêtement cutané.

Il affecte généralement deux formes : l'une est la *forme interstitielle*, ulcéreuse, qui se développe surtout en profondeur et se traduit par une ulcération sans bourgeonnement ; c'est de cette forme d'épithélioma qu'était atteint le malade qui fait le sujet de notre première observation (voir Obs. I). L'autre est la *forme végétante*, due surtout à une multiplication des cellules épithéliales, peut être rangée parmi les altérations désignées généralement sous la dénomination de cancroïde ; c'est de cette forme que semblait atteint notre malade qui fait le sujet de notre seconde observation (voir Obs. II).

On observe l'épithéliome du pénis sur tous les points

du revêtement cutané, mais il affecte une prédilection marquée pour le gland et le prépuce, il *débute généralement dans le sillon balano-préputial.*

Il est un fait important à noter, c'est que l'*urèthre est rarement atteint;* sur 134 cas, Demarquay l'a trouvé atteint deux fois seulement et encore, dans les deux cas, il y avait une fistule urinaire, c'est-à-dire une voie de propagation facile de la tumeur au canal uréthral. Chez le malade de notre observation I, le canal de l'urèthre seul n'était pas atteint, il était comme disséqué, alors que la partie gauche du gland était complètement détruite.





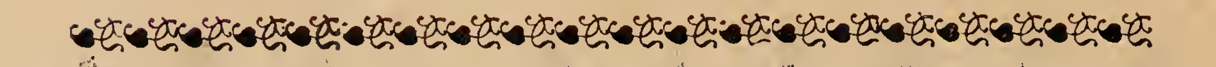
SYMPTOMES

Le début est très insidieux, il échappe le plus souvent à cause du phimosis dont le malade est atteint (Obs. II) et qui voile la lésion. Aussi, n'est-ce la plupart du temps qu'à la suite d'accidents de balano-posthite que les malades viennent consulter le chirurgien.

Deux faits sont importants à noter parmi les symptômes du cancer du pénis, ce sont : d'abord l'*indolence absolue* de la lésion, alors qu'une partie de la verge est détruite et cette indolence n'a pas encore été expliquée (quelques malades présentent cependant des douleurs intenses) ; ensuite, l'*absence complète d'hémorrhagie*, alors qu'un tissu aussi vasculaire que la verge a été en partie rongée par la maladie.

Les autres symptômes sont absolument les mêmes que ceux du cancer des autres régions.



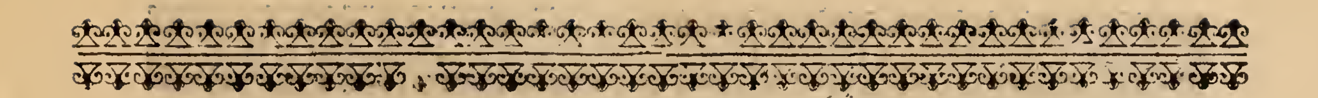


DIAGNOSTIC

Il est en général bien facile. En effet, *la forme ulcéreuse* ne peut guère être confondue qu'avec une affection chancreuse ou des plaques muqueuses des organes génitaux ; l'évolution des accidents permet généralement de résoudre la question. Et puis, on peut toujours donner le traitement spécifique sans inconvénient et on a par ce moyen un bon élément de diagnostic. Cette forme peut être aussi simulée par une affection gommeuse, tel ce malade considéré à Vienne comme atteint de cancer du pénis et guéri à Paris par le traitement spécifique.

La *forme végétante* peut être prise pour des végétations vénériennes simples et réciproquement, les végétations vénériennes prennent quelquefois un développement considérable et l'erreur est alors possible. Mais ces végétations n'ont jamais la consistance et la dureté caractéristique de l'épithélioma. Ce dernier, d'autre part, repose toujours sur une base dure d'où émanent les végétations et cela ne s'observe pas dans les simples ulcérations.

Les indurations plastiques des corps caverneux et le lupus de la verge sont des affections trop rares pour tenir le diagnostic en suspens, mais il faut savoir cependant que l'on peut les rencontrer.



PRONOSTIC

Toujours réservé, surtout quand les ganglions sont envahis ; généralement grave.

Chances nombreuses de récidives et surtout de récidives ganglionnaires avec état cachectique à bref délai.





HISTORIQUE

Les anciens ont-ils pratiqué l'amputation de la verge ? Certains passages de Galien semblent l'établir.

Ce n'est qu'au VII[e] siècle que nous trouvons les premiers documents sur cette opération, encore ne correspondent-ils qu'imparfaitement au cas qui nous occupe.

Paul d'Egyne propose d'enlever chez les hypospades toute la partie de la verge située en avant du méat, moyen radical, mais le seul connu à l'époque pour rendre les hypospades à la fécondation.

Au XVI[e] siècle, Ambroise Paré et Fabrice d'Aquapendente se bornent à proposer une canule pour les opérés, mais sans donner de détails.

Aussi, est-ce à Ruysch (1) que l'on attribue les premiers travaux importants sur cette opération. Louis Julien, à la thèse de qui nous empruntons en partie

---

(1) Ruysch. Opera omnia. Tome I, ob. XXX.

ces détails historiques (1), établit d'une façon irréfutable que, dès les premières années du XVIIe siècle, peut-être à la fin du XVIe, Guillaume Fabrice de Hilden, mort en 1634, formula au sujet de cette opération les plus sages préceptes. En effet, l'édition posthume des œuvres du chirurgien bernois contient une planche représentant l'énorme fongus chancreux qu'il enleva à Pierre Perrod, maréchal au village de Cresciac, près Lausanne, et, en même temps, une description sommaire de l'opération : « Le corps ayant été bien nettoyé, et « lui ayant fait décharger la vessie, ie le mis sur un « siège et en présence de plusieurs, ie luy coupay le « membre viril rès l'abdomen, puis iy mis un blanc « d'œuf... Ce qu'étant fait, ie mis des hommes auprès, « qui tour à tour tenoyent fermes les étoupes ou était « la poudre avec la main mouillée en oxycrat pour « empêcher le sang de sortir (2). »

Le second document peut être antérieur au précédent, est antérieur à 1634, c'est-à-dire à la mort de Fabrice de Hilden ; l'absence de date ne permet pas de préciser. Il est relatif à une amputation que fit *au bistouri* un chirurgien de Florence. Voici comment Scultet nous le fait connaître : « J'ay connu un petit « vieillard au quel le sieur Balthazar, chirurgien ordi- « naire de l'hôpital Saint-François, à Padoue, amputa

(1) L. Julien. Thèse de Paris, 1873.

(2) Guillaume-Fabrice de Hilden. Observations chirurgicales : publiées en 1669, à Genève, par Pierre Chouet, page 451, observ. XCV.

« la verge pourrie par la grosse vérole, et cica-
« trisa l'ulcère par application des remèdes conve-
« nables » (1).

Un peu plus loin Scultet cite une opération qui, chronologiquement, semble tenir le troisième rang : « L'an 1635, au mois de juillet, je retranchay la verge « sphacélée à un citoyen d'Ulmes, tout proche de la « partie saine, avec un scalpel. Pour arrêter le sang, « je bouchay les veines et les artères avec les ferre- « ments ardents, et j'en consumay le reste de la pour- « riture jusques à ce que le patient ressentit la force « du fer.... Après quoi l'ulcère fut cicatrisé par le « cérat divin, et le malade fut entièrement guéri. »

Dans un vieil ouvrage, actuellement fort rare (2), on trouve deux observations de Bartholin que nous croyons utiles de rapporter in extenso : « Le 10 octobre « de l'an 1659, Schwartz, opérateur et oculiste célèbre « de Bâle, coupa heureusement jusque la racine le « membre viril gangréné et corrompu, en présence du « docteur Plater, à un trompette d'environ 70 ans. « Etant arrivé à une grande hémorrhagie après l'am- « putation, qui eut empêché de faire la suture, il ar- « rêta le sang en versant dans les vaisseaux une à « deux gouttes d'huile glaciale d'antimoine et remit ce « malade en peu de temps. La curation étant achevée,

---

(1) Jean Scultet. Arcenal de chirurgie. Lyon 1672, page 329.

(2) Deboze. Recueil de 1026 observations chirurgiques, chez Pierre Chouet, Genève, 1670.

« ce bon vieillard retourna à son métier, faisant rire
« tout le monde, mais ce bonheur ne fut pas de longue
« durée, car il y a un mois ou davantage qu'il se
« forma une tumeur chancreuse en l'aine droite, la-
« quelle en peu de temps, vint à telle grosseur qu'à
« présent elle surpasse non seulement les deux poings,
« mais aussi, s'étant ouverte, elle rend de la matière
« entrêmement puante, ne restant autre chose à espé-
« rer que la mort. »

La deuxième est ainsi conçue : « J'en ai connu un
« en ma patrie, lequel s'étant chargé en sa jeunesse
« de la marchandise des Indes, étant venu en âge, en
« a porté la pénitence aux parties qui étaient les pre-
« mières à l'emplette. Celui-ci, étant âgé de 60 ans, fut
« attaqué de gangrène au membre viril, le progrès de
« laquelle n'ayant pu être arrêté par aucun expédient,
« le chirurgien du roi coupa entièrement près l'abdo-
« men et arresta heureusement le sang sans se servir
« du feu ; mais quoique cette partie eut été coupée, la
« malignité ne laissa pas de passer plus avant et de
« se servir des aines, donnant la mort à ce misérable. »

J'ai tenu à reproduire in extenso ces deux documents empruntés à la thèse de L. Julien, parce qu'ils établissent d'une façon absolument irréfutable : en premier lieu, que bien avant Ruysch on avait amputé le pénis ; en second lieu, que ces amputations avaient été pratiquées *au bistouri*, point fort important et bien fait pour rendre plus inexplicable encore la timidité de l'illustre professeur d'Amsterdam qui, le premier, employa le procédé long et cruel de la *ligature*. La rela-

tion de l'opération qu'il publia en 1691 (1), resta longtemps classique et, en 1721, elle fut le seul document que Manget reproduisit à propos de l'amputation de la verge dans son immortelle bibliothèque.

Grâce à cette publicité, la ligature fut unanimement acceptée. Dès 1718, Heister l'employait et en 1750 la défendait avec chaleur (2). En 1743, deux Florentins, Pasquali et Philippe del Riccio, la pratiquent sur un jeune homme « dans un cas où la nécessité de l'am- « putation n'était pas trop prouvée » dit Louis (3) qui eût pu être plus sévère, car l'opéré paraît avoir été atteint tout au plus d'une tare syphilitique compliquée de phagédénisme. L'opération, faite par la ligature, réussit.

Enfin, Bertrandi, professeur à Turin, se déclare formellement partisan du procédé de Ruysch (4).

Vers la fin du XVIIIe siècle, la ligature est peu à peu abandonnée et l'on revient au bistouri. Les derniers faits relatifs à la ligature semblent remonter à 1828 et appartiennent à MM. Grœfe et Binet (5).

A Ledran revient le mérite d'avoir remis en honneur l'emploi de l'instrument tranchant en 1730. Déjà, pro-

---

(1) Ruysch. Observationum anatomica chirurgicarum centuria. Amsterdam, 1691, in-4° avec figures.

(2) Heister. Institutiones chirurgicæ. Amterdam.

(3) Louis. Dictionnaire de chirurgie. Paris, 1786. Tome 2, page 480.

(4) Bertrandi. Opere publicate e accresciute di note e di supplementi dai chirurgi. G.-A. Panchienati et Brugnone Torino 1786.

(5) Græfe et Binet. Revue Médical, 1828.

bablement à son instigation, une réaction contre la ligature commençait à se dessiner, mais on craignait toutes sortes de complications auxquelles la ligature parait efficacement encore que brutalement : hémorrhagie, perte du canal, rétractions des tissus caverneux, et mille autres dangers aussi peu sérieux. Aussi que de précautions ! C'est Warner qui, craignant l'hémorrhagie, applique le tourniquet à la racine de la verge (1) ; c'est Pallucci qui fait pratiquer la compression artérielle sur les branches du pubis.

Pallucci s'élève avec vigueur contre la ligature : « Avantages de l'amputation : aussitôt qu'on l'a faite « elle empêche l'augmentation du mal, la douleur « qu'elle cause est passagère et l'inflammation n'est « pas si considérable comme celle qui arrive par la « compression de la ligature. D'ailleurs, l'écoulement « des humeurs qui suit l'amputation peut faciliter la « sortie des particules attaquées, s'il y en a au dessus « de l'endroit où on a coupé. La ligature n'a pas cet « avantage, au contraire il faut qu'elle soit extrêmement « serrée pour affaisser tous les vaisseaux qu'elle embrasse, car s'il y en a quelques-uns qui ne soient pas « assez comprimés, cela peut suffire pour infester tout « le corps, en admettant à la circulation de la matière

---

(1) Observations de chirurgie, traduites de l'anglais, de M. Warner, chirurgien de l'hôpital de Guy. A Paris, chez Ganeau, 1757, obs. XXVII, page 157.

« qui vient de se corrompre, et on le voit quand c'est
« lui qui a produit la maladie, est concentré ! »

Cependant, vers la fin du XVIII[e] siècle, paraissent deux importants travaux ; l'un en France est dû à Boyer(1), l'autre, en Angleterre, est dû à Hey (2). C'est le triomphe des théories de Ledran.

Définitivement accepté au XIX[e] siècle, l'amputation au bistouri a subi bien des vicissitudes que nous étudierons plus loin. Citons parmi les plus illustres dont les travaux ont contribué à perfectionner ce mode opératoire : Barthélemy, Gimelle, Moulinier (de Bordeaux), Richet, Malgaigne, Ricord et son élève, Melchior Robert, enfin l'illustre professeur de Bologne Rizzoli.

A d'autres titres, deux noms se rattachent encore à l'amputation de la verge : Bonnet (de Lyon) et Chassaignac.

Bonnet, après avoir essayé l'emploi des *caustiques potentiels* auxquels il renonce, propose d'employer le *fer rouge* pour amputer le pénis. Bartholin semble se rallier à cette pratique, bien qu'il ne l'ait pas employée. En 1849, Bonnet fait publier ces résultats par son interne M. Paul Hervier (3) et toute l'école lyonnaise adopte sa manière de procéder. En 1856, Philipeaux lui consacre un important article (4).

---

(1) Boyer. Journal de Fourcroy. Année 1791.

(2) Hey. Practical observations in Surgery illustrated by cases. Third, édition. London, 1814, cap. 14, page 461.

(3) Gazette des hôpitaux, 1849.

(4) Philipeaux, Traité pratique de la cautérisation. J.-B. Baillière, 1856, page 488.

En 1869, Sedillot propose le *galvano-cautère*. Ollier de Lyon se range avec un certain nombre de chirurgiens allemands et anglais à ses côtés.

Enfin Chassaignac propose d'employer son *écraseur* pour l'amputation du pénis. Cette méthode qui a de grandes analogies avec la ligature n'a guère de succès.

En résumé, à notre époque deux pratiques restent en faveur. L'école de Paris semble dans son immense majorité favorable à l'*instrument tranchant* ; l'école de Lyon, au contraire, reste attachée à l'emploi des *cautères* avec les professeurs Desgranges et Ollier. Cependant l'un des plus distingués représentants de la chirurgie lyonnaise, M. le professeur Poncet se prononce nettement en faveur du bistouri (voir lettre de M. le professeur Poncet à la fin de cette thèse).



Notions générales.

Que doit faire le chirurgien en présence d'une lésion cancéreuse du pénis ?

« Le chirurgien ne doit rien attendre, ni d'une « médication interne, ni de topiques appliqués sur la « tumeur ; *il doit procéder à l'amputation de la « verge.* Mais, cette opération offre surtout des chances « de succès lorsqu'il est possible de couper dans la « partie saine, et que la cachexie cancéreuse n'existe « pas encore. » Telle est l'opinion de Demarquay (1) ; et en cela, il est obsolument d'accord avec M. le professeur Poncet (de Lyon) qui penche vers l'amputation dès le début : « Une fois seulement, chez un jeune « homme de 17 ans, j'ai tenté une opération conser- « vatrice, mais j'ai dû ensuite pratiquer l'amputation

(1) Demarquay. Traité des affections chirurgicales du pénis.

« du pénis ». (Voir lettre de M. le professeur Poncet.)

Est-ce à dire qu'il faut de parti pris amputer le pénis dans le cancer de la verge? Peut-être bien, à moins toutefois que l'état général ne le permette pas.

M. Poncet distingue l'opération *curative* de l'opération *palliative*. Voici un épithelioma de date récente, les ganglions inguino-cruraux sont intacts, tout fait alors présager une guérison définitive. Voilà, d'autre part, un épithelioma végétant, en choux fleuri, les ganglions sont pris, faut-il opérer ? Oui, si le malade est assez fort. Sans doute, je n'ai guère l'espoir de le sauver, mais c'est une opération de propreté ; et puis, tant d'autres causes peuvent me déterminer : les hémorrhagies, la douleur, la crainte de l'infection de la plaie ! N'est-ce pas assez pour nous amener à dire, avec M. le professeur Poncet, qu'il faut opérer, bien que cet éminent chirurgien ait *toujours vu succomber* ses malades dans les douze à quinze mois qui suivaient l'opération ? (Voir lettre de M. le professeur Poncet).

Demarquay trace ainsi la ligne de conduite que doit suivre le chirurgien en présence d'un cancroïde de la verge. S'agit-il d'un cancroïde récent ? Pas de ganglions, santé générale bonne ? Alors opérez. Y a-t-il même un engorgement superficiel de la region inguinale ? Opérez encore, et peut-être l'engorgement disparaitra-t-il de lui-même. Sinon, enlevez les ganglions après guérison de la plaie du pénis pour empêcher le malade de mourir par propagation de l'infection. De-

marquay ne dit rien pour le cas où il y aurait des ganglions profonds.

Faut-il tenter de conserver le plus possible du pénis ?

Le seul cas où M. le professeur Poncet l'a tenté n'est pas fait pour nous encourager. Mais, Demarquay cite dans son ouvrage une observation qui tendait à démontrer que si l'on a bien des chances d'échouer, on aurait aussi quelquefois des succès. C'est ainsi que M. Soulé (de Bordeaux) a conservé la verge à l'un de ses malades : « Un homme de 30 ans avait une « tumeur de la grosseur du poing à l'extrémité de la « verge, tumeur inégale, bombée, et offrant, en certains « points des ulcérations grisâtres, fournissant une sup- « puration ichoreuse avec quelques hémorrhagies ; de « plus, il y avait des ganglions dans les deux aines. « Les douleurs étaient bien vives et le malade récla- « mait l'amputation. M. Soulé s'étant assuré que la « tumeur était formée de plusieurs autres tumeurs for- « tement tassées et comprimées les unes contre les « autres, au milieu desquelles il put reconnaître le « canal de l'urèthre, excisa les différents lobes de la « tumeur, le gland étant sain au-dessous. La cautéri- « sation avec l'acide acétique, pratiquée aux quel- « ques points où la dégénérescence paraissait vouloir « se développer, acheva la guérison. »

D'autre part M. le professeur Bouisson (de Montpellier) pense que, si le gland seul est malade et si le prépuce est intact, il faut ménager ce dernier pour les raisons suivantes : d'abord, *danger moindre de l'opé-*

ration, puisque l'instrument tranchant n'agit pas sur la peau, ni sur le réseau lymphatique sous-jacent, ce qui diminue les chances d'érysipèle ou d'inflammation des vaisseaux ; ensuite, *hémorrhagie à peu près nulle*, puisque les artères caverneuses, qui sont seules ouvertes, sont réduites, au niveau du gland, à des organes sans importance ; enfin, *aspect naturel de l'organe*, dans son ensemble et les malades préférent cette disposition qui, cachant la cicatrice, donne moins d'apparence à leur infirmité. M. Bouisson a publié, à l'appui de sa thèse, une observation parue dans la *Gazette Médicale* (1).

Mais, généralement les malades arrivent chez le chirurgien quand une notable portion de la verge est envahie (voir lettre Poncet) et, suivant l'étendue de la lésion, il ne reste plus à choisir qu'entre deux partis : amputation à la racine, ou amputation dans la longueur de la verge.

En résumé, l'amputation peut être *partielle*, c'est-à-dire consiste à enlever en tout ou en partie le prépuce ou le gland suivant le cas, ou bien, elle peut être *totale*, c'est-à-dire être faite dans toute l'épaisseur de la verge. Rarement on est forcé d'enlever le tout, c'est-à-dire de disséquer les corps caverneux jusqu'à la racine.

---

(1) Bouisson. Gazette médicale, 1860, page 732.





Des divers procédés opératoires.

Les diverses méthodes auxquelles on a eu recours jusqu'à présent pour l'amputation de la verge sont, on l'a vu, dans l'ordre chronologique, la ligature, l'instrument tranchant, l'écraseur de Chassaignac, enfin les caustiques tant actuels que potentiels. Nous ne suivrons pas cet ordre dans la rapide esquisse que nous allons faire de chacune d'elles. Notre but est, en effet, plus spécial, nous voulons insister uniquement sur les principaux modes de section de la verge par le bistouri et, en particulier, mettre en relief deux procédés à la fois très simples et très ingénieux que, tout récemment, M. le professeur agrégé Quénu a mis en pratique avec tant de bonheur dans son service à l'hôpital Cochin. Pour cette raison, nous étudierons en dernier lieu l'emploi de l'instrument tranchant dans la section du pénis.

1° *Ligature.*

Manuel opératoire. — On place une sonde dans l'urèthre et le pénis est circulairement étreint, au delà du mal, au moyen d'un cordonnet de soie qu'on laisse en place jusqu'à mortification complète de la partie antérieure. On obtient le résultat voulu, généralement au bout de neuf jours : rarement on ne l'obtient qu'au bout de vingt-cinq jours. Ruysch abrégeait du reste cette durée en plaçant le second jour un deuxième fil plus serré que le premier, et ainsi de suite suivant les diverses indications.

Sabatier, en raison de la douleur qui est très intense, propose d'inciser la couche cutanée, soit au bistouri, soit au moyen d'un fil de soie ou de laine imprégné d'acide nitrique. Ce chirurgien, qui n'est nullement un partisan de la ligature, n'a jamais mis en pratique ce procédé qui « n'est plus alors qu'une « opération mixte et ne peut invoquer en sa faveur « l'autorité des faits acquis et bien observés », comme le dit avec raison Chassaignac.

Résultats. — On obtient une plaie granuleuse, habituellement de bonne nature et de belle apparence, à cicatrisation rapide.

On peut invoquer, en faveur de ce procédé, l'absence presque complète d'hémorrhagie ; mais, en revanche, il a contre lui : la douleur qui est très intense, la durée

nécessaire à l'élimination qui est considérable, l'exposition du malade, pendant un long temps, à tous les dangers d'une putridité croissante, la nécessité de laisser une sonde à demeure pendant cinq, six, et même neuf jours, ce qui peut amener une foule de complications : cystite, ulcération du canal, infection purulente. Du reste, il est inutile de discuter plus longtemps ce procédé, car « cette manière d'amputer la verge est aujourd'hui tombée en désuétude » (Boyer).

2° *Ecraseur linéaire.*

Chassaignac est à peu près le seul qui ait eu recours à cette méthode.

Comme on retrouve difficilement l'urèthre après l'opération, Chassaignac, renouvelant un procédé dû à Barthélemy, introduit une sonde en gomme dans l'urèthre et pratique la section de la verge flanquée de la sonde. La sonde est fixée par une aiguille qui traverse de part en part verge, empêchant cette dernière d'avancer ou de reculer.

Quels avantages trouve Chassaignac à son procédé ?

1° Il prévient l'hémorrhagie ;

2° Il remédie au principal inconvénient de la rétraction des corps caverneux en épargnant à l'opérateur la recherche des vaisseaux pour en faire la ligature ;

3° Il maintient la perméabilité de l'urèthre, grâce à l'emploi de la sonde en gomme ;

4° Il prévient la rétraction des téguments par le fait même du mode opératoire qui ramène la peau sur le moignon de la verge ;

5° Il amoindrit les chances de phlébite et d'infection, en fermant hermétiquement tous les orifices vasculaires.

Mais on peut répliquer que : si l'écraseur prévient l'hémorrhagie par la lenteur de son action, cette lenteur même contrebalance un résultat que la facilité d'arrêter une hémorrhagie par la ligature des vaisseaux réduit à une médiocre importance ; si, d'autre part, la sonde permet de retrouver l'orifice uréthral, si facile à trouver après la section ordinaire, ne peut-on établir en revanche, que la section à l'écraseur n'aura pas plus de chances de suppurer et de se rétrécir après l'opération que si la section était nette ? Peut-on contenir enfin que l'écraseur prévient la phlébite et l'infection, accidents fort rares, du reste, après la section ordinaire ? Et puis, le procédé de Chassaignac n'est pas si simple que l'éminent chirurgien veut bien le dire. Julien (1) nous apprend qu'il a essayé ce procédé sur le cadavre, et qu'il a fait la section avec une grande difficulté, l'éraseur menaçant de se rompre à chaque instant. Enfin, on est parfois obligé de recourir au bistouri pour achever l'opération comme en

(1) Julien. Thèse de Paris, 1873.

témoigne un article du *Lancet* (1) et une observation de Demarquay (2).

Du reste, cette méthode se rapproche beaucoup de celle de la ligature et mérite en partie les reproches que l'on peut adresser à cette dernière.

3°. — *Emploi des caustiques.*

Malgaigne, Chassaignac, Vidal, Nélaton, n'en font pas mention ; seul Sédillot (3) se borne à rappeler que Bonnet (de Lyon) « amputait la verge avec un cautère « cutellaire chauffé à blanc et promené *lentement* sur « l'organe, afin d'éviter l'écoulement du sang ». C'est, du reste, à Bonnet que l'on doit cette méthode, mais avant d'y arriver, le chirurgien lyonnais avait recours aux caustiques potentiels auxquels il renonça rapidement.

Voyons sommairement les divers caustiques employés dans la suppression du pénis.

Caustiques potentiels. — Bonnet employait le chlorure de zinc et le caustique de Vienne, appliqués circulairement sur la partie saine de l'organe située en arrière du mal, c'est-à-dire à l'endroit même où l'on

---

(2) The Lancet. 28 octobre 1857, tome II, page 341.

(3) Demarquay. Traité des affections chirurgicales du pénis. Obs. CXXXII.

(1) Jedillot et Legouest. Traité de médecine opératoire; bandages et appareils. 4e édition, 1870.

pratique la section avec le bistouri. — Bonnet les abandonna vite pour le fer rouge, d'abord parce qu'ils étaient très douloureux, ensuite, parce qu'il faut plus d'une semaine de cautérisation pour enlever la verge.

CAUTÈRE ACTUEL — Ambroise Paré, après avoir dit que l'on n'a plus à compter avec « la délicatesse efféminée des malades qui abhorrent le fer ardent », se prononce nettement contre les caustiques potentiels, et leur préfère le fer rouge, « l'action des *actuels* est « plus seure et plus soudaine, et ne bruslent qu'où ils « touchent, sans offenser les parties proches; celle des « *potentiels* est tardive et ne bruslent pas seulement où « ils sont appliqués, mais aussi pendant qu'ils sont « eschauftés par la chaleur naturelle de la partie; ils « agissent et impriment leur qualité tout doucement et « plus loin et aux corps cacochymes, quelquefois cau- « sent inflammation, gangrène et mortification, ce que « i ay veu à mon grand regret » (1).

Voici comment procède Bonnet : « Après avoir dé- « posé cinq ou six fers cutellaires sur un réchaud, on « procède à l'éthérisation; le sommeil obtenu et des « compresses imbibées d'eau froide étant disposées en « dedans des cuisses et sur la région hypogastrique « et périnéale, un aide tend la verge en la saisissant « par son extrémité libre avec une ou deux pinces de « Museux. Cela fait, le chirurgien trace avec de l'encre

---

(1) AMBROISE PARÉ. Ses œuvres, vol. II, page 538.

« sur la peau de la verge, en arrière du mal, une
« ligne circulaire destinée à lui servir de guide pour
« la section qu'il va accomplir; puis, se plaçant
« à gauche du malade, et s'armant d'un fer rougi à
« blanc, il l'applique sur le dos de la verge. La sec-
« tion de la peau et de la cloison fibreuse sous-cuta-
« née, exige toujours l'emploi de plusieurs fers rouges
« et se prolonge deux à trois fois plus que le reste
« de l'opération. Cette section accomplie, le cautère
« actuel est enfoncé *lentement* dans les corps caver-
« neux, afin de provoquer une constriction dans les
« vaisseaux et de coaguler le sang dans leur intérieur
« avant d'en faire la section. Le reste de la cloison et
« de la peau de la face opposée de la verge étant
« ensuite sectionné, l'opération se trouve alors termi-
« née sans hémorrhagie. On applique des compresses
« froides sur l'eschare, ou mieux, un gâteau de char-
« pie cératée. »

On pourrait opérer en bien moins de temps, mais Bonnet insiste, avec raison, pour une *cautérisation lente et progressive*, afin d'éviter tout écoulement sanguin.

L'opération terminée, voici cequi se passe ultérieurement. Les malades n'accusent généralement qu'une douleur peu vive et n'eprouvent pas ces agitations fébriles qui sont la conséquence des plaies au bistouri. Le lendemain, et quelquefois même, le soir de l'opération, les malades peuvent uriner sans difficulté et, au huitième jour, l'eschare commence à se détacher et tombe peu de temps après.

Les chirurgiens lyonnais, Barrier, Desgranges, Ollier, Pétrequin, Gailleton, Gaget, Dron, Letiévant, s'empressèrent d'adopter ce procédé, tout en y introduisant de légères modifications. Il n'a pas été employé à Paris ; seul, Ricord en fit un essai, l'opération réussit, mais le malade eut consécutivement une hémorrhagie. Cela tient à ce que Ricord coupa la verge d'un seul trait « moins de temps qu'il n'en faut pour le dire », dit Philipeaux (1), et *non lentement et progressivement* suivant le précepte de Bonnet.

On a fait à ce procédé les objections suivantes, qui ont nécessité les modifications que nous indiquerons chemin faisant :

1° Le professeur Desgranges voulant éviter que la position respective des tissus ne puisse varier en raison de la durée de l'opération, croit utile de les fixer au moyen de l'entérotome de Dupuytren solidement placé en arrière du point où doit être pratiquée la section de la partie malade. Cet ingénieux moyen, qui ne présente aucune difficulté et encore moins de danger est un gage de nécessité que l'opérateur aurait grand tort de dédaigner. Desgranges en a obtenu d'heureux résultats.

2° « Le cautère actuel est dangereux, en « ce qu'il bouche le conduit de l'urèthre » dit Fabrice de Hilden (1869) (2). Aussi pourrait-on craindre, à l'en croire, une obstruction du canal consécutive à l'opération.

---

(1) PHILIPEAUX. Traité pratique de la cautérisation. Paris, 1856.

(2) GUILLAUME-FABRICE DE HILDEN. Observations chirurgicales. Tirées des Centuries, épitres, traites. A Genève, chez Pierre Chouet, 1869, page 451.

M. le professeur Valette déclare, au contraire, que la béance du canal est le principal avantage qu'il trouve à l'emploi du fer rouge. Du reste, après toutes les opérations, les malades ont pu uriner le soir même de l'opération, par la raison fort simple que le premier jet d'urine est toujours assez puissant pour repousser la légère eschare qui pourrait oblitérer le méat. On a beaucoup discuté pour savoir s'il fallait empêcher le malade d'uriner avant l'opération, M. le professeur Desgranges n'y attache aucune importance.

3° C'est encore Fabrice de Hilden, l'ennemi acharné des « ferrements ardents », qui suscite cette troisième objection. Parlant des ferrements ardents, il dit : « Ils « attirent aisément une inflammation sur la vessie et « les parties voisines. » — Mais M. Philipeaux fait remarquer que « une cystite est d'une trop faible con- « sidération par rapport aux dangers que courrait le « malade si l'on ne pratiquait pas la cautérisation ». Cette complication, peut-être possible, n'a du reste pas été observée.

4° Cette objection est plus sérieuse. Très souvent, quelques mois après l'opération, il se fait une atrésie du méat qui donne lieu aux plus redoutables accidents : rétention d'urine, infiltration d'urine, etc... Mais cette atrésie n'est pas particulière à l'amputation par le fer rouge puisque l'on fait il y a vingt ans des efforts considérables pour lutter contre elle dans l'amputation par le bistouri. On verra plus loin le grand principe de l'incision longitudinale de la partie inférieure de l'u-

rèthre, imaginé par Rizzoli et si heureusement mis à profit par Ricord (incision en V).

Eh bien, dans le cas qui nous occupe, on peut faire cette incision inférieure au bistouri, soit de suite, soit quelques jours plus tard, avec plus d'efficacité, peut-être quand la plaie commence à devenir granuleuse, l'eschare étant tombée. Une bonne précaution, après l'incision, est de suturer sur les lèvres de la plaie, la muqueuse avec la peau. Il ne faut pas craindre de faire un débridement considérable, et de créer un véritable hypospadias.

Galvano-cautère. — « M. Sédillot a amputé dernièrement (1869), la verge avec un fil de platine « chauffée au rouge brun par un courant électrique, en « agissant très lentement pendant trois, quatre ou cinq « minutes pour produire une eschare épaisse et éviter « les hémorrhagies. On voyait le bouillonnement de la « vapeur sous l'action du fil et le raccornissement des « tissus devenus durs et cornés. Cependant, les « artères caverneuses donnèrent encore du sang, et il « fallut les cautériser profondément de la même « manière et à plusieurs reprises. Le malade « guérit » (1).

Il n'y a rien à objecter, si ce n'est, et c'est le cas de toutes les amputations par les caustiques, qu'il faut opérer lentement.

---

(1) Sédillot et Legouest. Traité de médecine opératoire, 4e édition, 1870.

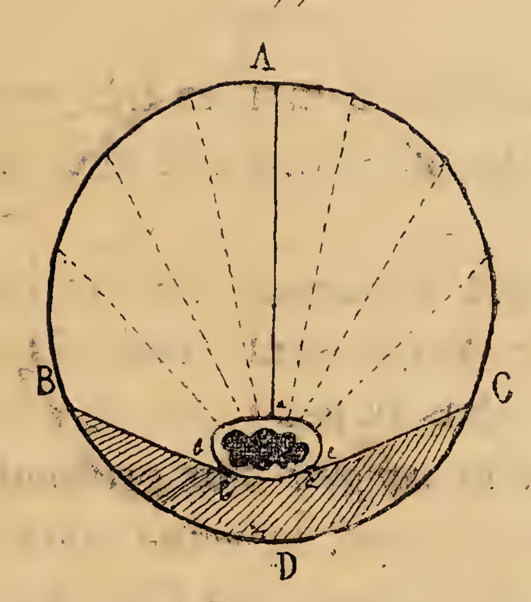
M. Lekiévicz prétend, et il se fonde sur des faits nombreux, que ce procédé met les malades à l'abri de la fièvre traumatique ; mais, nous ne croyons pas que l'on puisse s'en faire une arme contre le fer rouge ordinaire, aucun des malades opérés par ce dernier procédé n'ayant eu de fièvre traumatique grave.

4° *Instrument tranchant.*

Dans sa forme la plus simple, le procédé consiste à couper d'un seul coup la verge dans toute son épaisseur, puis, après avoir jeté quelques ligatures, à laisser la plaie se fermer par un travail de cicatrisation plus ou moins long. Voilà certes une donnée très simple, et cependant, que de difficultés dans la pratique ! que de procédés et de sous-procédés pour tenter d'échapper aux terribles complications qui suivent la section du pénis !

Avant d'aborder l'étude des divers procédés d'amputation par le bistouri, nous tenons essentiellement à faire une étude sommaire des divers organes que l'on rencontre dans une section transversale de la verge, ensuite à rechercher les principes dont doit s'inspirer l'opérateur pour arriver à un résultat aussi satisfaisant que possible.

Coupe transversale de la verge. — Pour faciliter l'étude que nous allons faire, nous publions la reproduction d'une coupe transversale de la verge pratiquée par M. le professeur agrégé Quénu.



Sur cette coupe, on trouve en allant de la périphérie sous le centre : la *peau* qui fait suite à celle du scrotum et à celle du pubis pour former le prépuce. A sa face profonde, une couche de *fibres musculaires*, à direction circulaire ou oblique, cette couche (muscle péripénien de Sappey) la double et fait suite au dartos.

Au-dessous de cette couche musculaire, on rencontre une couche du *tissu cellulo-adipeux* lâche, à laquelle le fourreau de la verge doit sa grande mobilité sur le pénis. Au centre, on trouve *les corps caverneux* et, l'urèthre entouré de son organe érectile ou *corps spongieux*. Les corps caverneux sont accolés comme deux canons de fusil et logent, dans l'excavation inférieure que forme leur accolement, l'*urèthre* entouré de sa gaine érectile. Les deux corps caverneux sont virtuellement séparés par une cloison incomplète et occupent exactement le centre de la verge, ils sont entourés d'une *membrane élastique*, épaisse, fibreuse et résistante (fascia pénis de Sappey). Une même membrane enveloppe le corps spongieux et se soude à celle des corps caverneux vers le bord inférieur de ces derniers. Enfin, le corps spongieux et les corps caverneux sont formés

de trabécules veineux à mailles très serrées qui, en se gorgeant de sang, produisent le phénomène de l'érection.

Les principaux vaisseaux de la verge que l'on trouve sur cette coupe sont ainsi disposés : en haut, immédiatement sous la peau, la ou *les veines dorsales superficielles de la verge ;* plus profondément, au dessus des corps caverneux, la *veine dorsale profonde de la verge* ayant de chaque côté d'elle une *artère dorsale de la verge.* (Il n'y a pas ici une artère et deux veines, comme on l'observe généralement en anatomie, mais bien une veine et deux artères). Enfin, au centre des corps caverneux, on sectionne les *artères caverneuses,* puis une foule de *capillaires* disséminés en tissu bien dense et très fin dans les trois organes érectiles.

Telle est la rapide esquisse anatomique de la coupe transversale de la racine de la verge.

Quels principes doivent l'opérateur dans l'amputation de la verge? — Nous avons vu déjà que, si le malade réclame dès le début nos soins, nous pouvons pratiquer une opération partielle et enlever le moins possible. Mais, comme le dit avec raison M. le professeur Poncet dans la lettre que nous publions plus loin, on n'est généralement consulté que quand une notable portion de la verge est envahie et il ne reste plus qu'à faire une ablation complète.

Pour opérer, il est bon de s'inspirer d'une donnée purement anatomique : « La verge est un organe érectile, donc essentiellement vasculaire, et formant gaine

à l'urèthre. De là découlent deux indications principales : assurer l'hémostase et ménager l'intégrité des fonctions de l'urèthre. » Tels sont les principes qu'énonçait M. le docteur Quénu, dans une leçon faite au début de juin à l'hôpital Cochin. Nous allons voir qu'en effet, les efforts de la plupart des chirurgiens ont été dirigés dans ce sens.

Pour *éviter les hémorrhagies* pendant le cours de l'opération, on a préconisé une foule de moyens. Sans parler des procédés d'amputation que nous avons étudiés jusqu'à présent et qui, en partie, n'ont vu le jour qu'en raison de la crainte qu'avaient leurs inventeurs d'une hémorrhagie, on a imaginé bien d'autres façons de se rendre maître de l'écoulement sanguin dans la section du pénis. Nos ancêtres employaient l'huile bouillante et des poudres diverses (1), et, dans la suite, que de modes opératoires ont été préconisés ? C'est d'abord l'allemand Schræger qui recommande (2) de couper couche par couche les tissus de la verge, afin de lier au fur et à mesure tous les vaisseaux qui laissent échapper du sang. Ce procédé n'a pas eu grand succès, car l'opération devient d'une extrême lenteur en raison des nombreux vaisseaux qu'il faut lier, en outre, par sa lenteur même, il expose à pratiquer une section inégale et sinueuse.

---

(1) Guillaume-Fabrice de Hilden. Observations chirurgicales; publiées en 1669, à Geneve, par Pierre Chouet, page 451, observation XCV.

(2) Schræger. Rust Handbuch der Chirurgie, vol. 1, page 667.

C'est ensuite Ravaton qui, vivant à une époque où la ligature venait de tomber sous les efforts de Ledran et de Boyer propose une manière de faire mixte qui n'a guère été imitée : « J'introduisis une sonde can-
« nelée dans l'urèthre et fis à ce canal une ouverture
« de trois lignes à un pouce, au dessus du carcinome,
« portant la pointe du bistouri dans la cannelure de
« la sonde. J'introduisis ensuite une sonde de poitrine
« pour favoriser la sortie des urines ; cela fait, je portai
« une ligature composée de plusieurs fils plats et cirés
« entre le carcinome et l'ouverture que j'avais faite à
« l'urèthre et la serrai très fort. Je fis ensuite tirer les
« téguments du côté de la racine de la verge pour
« qu'ils dépassassent le corps caverneux afin de cica-
« triser la plaie en moins de temps et j'amputai la
« verge, coupant avec un grand bistouri un demi-pouce
« au delà du carcinome. »

Esmarch, fidèle à son procédé d'hémostase, conseille une ligature préventive après enroulement d'un bandeau élastique autour de la verge (1).

Langenbeck, convaincu que la rétraction en arrière des corps caverneux est le principal obstacle à l'arrêt de l'hémorrhagie, croit prudent, immédiatement après la section, de passer une anse de fil dans la cloison fibreuse avant de diviser la partie inférieure des corps caverneux et l'urèthre. On maintient ainsi le moignon saillant et il est plus facile de lier les artères et de trouver l'orifice du canal urinaire.

---

(1) Esmarch. Wolkmann Sanmlung Klinischer Vortrage, 1873.

D'autres ont conseillé l'emploi du cautère actuel. Scultet en fit l'usage en 1635, sur un bourgeois d'Ulm. C'est là un mauvais procédé, car l'hémorrhagie se reproduit quelques jours après, mieux vaut recourir de suite à la ligature. Petit-Pradel (1) cite le cas d'un soldat invalide à qui on arrêta le sang par le cautère actuel ; l'hémorrhagie cessa difficilement et reparut quatre jours après et avec une intensité effrayante. Le malade, fatigué par des pertes continuelles, eut quelques mouvements spasmodiques, puis quelques accès de tétanos et mourut. Cet accident ne se serait probablement pas produit si on avait fait la ligature.

Tous ces procédés semblent du reste rarement indiqués et, pour les circonstances ordinaires, acceptons les idées de Vidal qui dit, au sujet du procédé de Schrœger : « Ceux qui ont vu faire l'amputation de la « verge et qui savent avec quelle facilité on se rend « maître du sang après l'amputation, penseront qu'il « vaut mieux s'en tenir à elle parce qu'elle est beau- « coup plus prompte et permet de tailler un moignon « plus régulier » (2).

Du reste, des procédés très simples peuvent être employés de parti pris dans toute amputation du pénis sans compliquer l'opération d'une façon appréciable, ont été préconisés, l'un par M. le professeur Poncet, de Lyon, l'autre par M. le professeur agrégé Quénu.

---

(1) Petit-Pradel. Encyclopédie méthodique, article « Verge. »
(2) Vidal. Traité de pathologie externe.

Dans la lettre de M. Poncet que nous publions plus loin, l'éminent chirurgien lyonnais dit : « Sous le tube « hémostatique, et sous forme de ligature, je fais avec « du catgut solide une suture qui réduit en quelque « sorte à une ligne la surface des corps caverneux. « Cette suture perdue a une double action : *elle assure « l'hémostase* et permet une réunion par première in- « tention de la plaie des corps caverneux » (Voir lettre de M. le professeur Poncet).

M. le docteur Quénu, d'autre part, se prémunit contre les hémorrhagies des corps caverneux en unissant par une série de points de suture, faits au moyen d'une aiguille fine, le bord inférieur de la section des corps caverneux au bord supérieur. Ces sutures, tantôt verticales, tantôt légèrement inclinées, procurent une oblitération parfaite, ainsi que nous avons pu nous en rendre compte sur le cadavre grâce à l'extrême bienveillance de M. le docteur Quénu qui a bien voulu nous procurer, à Clamart, les moyens d'expérimentation nécessaires.

Pendant l'opération une simple compression exercée par un aide intelligent à la racine de la verge assure suffisamment l'hémostase, dit M. le docteur Quénu, pour permettre d'opérer ; après la ligature des principaux troncs artériels une légère compression suffit pour tarir l'écoulement veineux du tissu érectile.

Enfin si, au cours de l'opération, certaines sources d'écoulement sanguin étaient difficilement taries, ne sommes-nous donc pas merveilleusement armés pour triompher d'un tel contretemps et n'avons-nous pas

un excellent moyen de le combattre dans l'emploi des pinces hémostatiques? grâce à cet emploi il nous sera toujours facile de saisir les artérioles et d'en faire la ligature.

On le voit, l'hémorrhagie primitive, tout en restant une complication opératoire avec laquelle il faut compter, n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée et nous sommes toujours certains de nous en rendre facilement maîtres.

Comment remplir la seconde indication? *assurer l'intégrité des fonctions de l'urèthre!*

M. Barthélemy (1) propose de placer une sonde dans la verge et de couper d'un seul coup verge et sonde pour empêcher la perte du canal de l'urèthre. Mais, on objecte avec raison que la sonde, qui n'est retenue par aucun lien, pourrait remonter jusque dans la vessie. Si cet accident est admissible, nous ne croyons pas cependant que l'on ait eu à le déplorer jamais.

Mais l'accident contre lequel ont été dirigés tous les efforts, c'est l'*atrésie du méat* consécutive à l'opération. Le premier, l'anglais Smyly proposa, pour éviter cet ennui, de suturer la peau à la muqueuse uréthrale et de laisser une sonde à demeure.

Dès 1846, Rizzoli (de Bologne), après avoir démontré la nécessité de sectionner au même niveau les téguments superficiels et les téguments profonds, pro-

---

(1) Barthélemy. Journal hebdomadaire, tome XIII, page 41.

posa de tailler l'urèthre en bec de flûte afin d'agrandir l'ouverture du méat. Il avait, le premier, compris l'importance de ce principe, *agrandir l'ouverture du méat*, principe qui guida très probablement plus tard Ricord et l'amena à la découverte de son fameux V. Il le réalisa imparfaitement sans doute, mais son travail, publié en 1846, a bien pu n'être pas sans influence sur les idées du père de l'Ecole du Midi et sur les méthodes ultérieures.

En 1843, Ricord avait essayé un premier procédé. Reprenant les idées de Smyly, il suturait la muqueuse uréthrale à la peau du prépuce. Voici comment il conseillait de procéder : « L'urèthre fut divisé en haut et en bas dans l'étendue de un centimètre et de chaque côté, la muqueuse disséquée fut réunie aux bords correspondants de la peau par des points de suture au quatrième jour, on eut une réunion parfaite et une cicatrice linéaire dont la solidité fut mise à l'épreuve de l'érection ». L'incision de l'urèthre est faite pour faciliter la suture avec la peau qui se trouve en bien plus grande quantité que la muqueuse.

Quatre ans plus tard, Melchior Robert, élève de Ricord, modifia la manière de faire de ce dernier et institua un second procédé dont il donne ainsi luimême le mode opératoire.

« Premier temps. — La sonde est d'abord intro-
« duite dans l'urèthre sans pénétrer dans la vessie.
« On trace sur la surface cutanée à l'encre, deux lignes
« circulaires à six millimètres de distance.

« 2e Temps. — On passe les fils, Les deux pre-

« miers affectent une direction très rapprochée du
« diamètre transversal de l'urèthre et s'entrecroisant
« en plus dans la cavité de la sonde, chacun de ces
« fils traverse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané,
« le tissu spongieux de l'urèthre, sa membrane
« fibreuse, la muqueuse, la sonde, et tout autant de
« couches pour ressortir. Un troisième fil est perpen-
« diculairement au diamètre transversal de l'urèthre
« conduit de bas en haut, passe dans la cloison
« fibreuse des corps caverneux, pour venir sortir sur
« la face dorsale de la verge. On a donc six chefs de
« fils autour de la deuxième ligne circulaire.

« 3e Temps. — On enfonce la sonde, puis on
« sectionne du même coup la verge et la sonde. La
« sonde sort d'elle-même après la section et on peut
« la conduire en telle position que l'on désire en ten-
« dant les fils.

« 4e Temps. — La sonde étant retirée, les fils sont
« ramenés, chaque fil formant une anse, au point où
« ils traversaient la sonde. En coupant chaque anse,
« il en résulte un nombre de fils double, c'est-à-dire
« six fils ayant chacun un chef disposé au pourtour de
« la verge, un autre correspondant disposé sur la
« face interne de l'urèthre et sortant par son ouver-
« ture. Chaque fil est lié avec son correspondant, et
« après cette ligature, l'ouverture de l'urèthre est resté
« béante et évasée. »

On le voit, ce procédé ne brille pas précisément par sa simplicité. Il paraît, du reste, que les résultats étaient loin d'être parfaits ; l'évasement n'était pas

régulier et les fils qui traversent l'urèthre pouvaient devenir une cause de phlébite. Enfin, comme les autres, on le voit donner lieu à des rétrécissements au bout d'un certain temps, si bien que Ricord, reprenant une idée surannée tenta, mais sans succès, de maintenir la béance au moyen d'anneaux métalliques.

En 1854, Ricord imagina un troisième procédé; c'est celui où il semble s'être inspiré des idées de l'italien Rizzoli. Ce procédé consiste, après avoir pratiqué la section de l'organe, à retrancher de la peau un lambeau en forme de V, à la partie inférieure de la verge, puis, après avoir divisé l'urèthre longitudinalement, à suturer chaque lèvre de la division de la muqueuse avec la branche cutanée correspondante du V. De cette façon, le canal présente une ouverture longitudinalement très étendue et se termine par un véritable hypospadias.

On a donné à ce procédé le nom de Ricord, car Ricord est le premier qui le fit connaître à la Société de Chirurgie dès 1853; mais, le professeur Richet père revendiquait la priorité de cette méthode qu'il aurait mise en pratique dès 1853.

Nos maîtres, Follin, Demarquay, Verneuil, Broca, Voillemier, ont adopté ce procédé; mais, il n'en est pas de même de Velpeau, Malgaigne, et Morel-Lavallée qui pratiquent purement et simplement la section. On pourra voir dans la lettre de M. le professeur Poncet, que le distingué chirurgien lyonnais s'inspire d'une règle de conduite peu différente de celle de Ricord.

Demarquay, s'inspirant des idées de Ricord, décrit ainsi le procédé d'amputation qu'il préconise : « Sectionner l'urèthre un peu en avant de la section des « corps caverneux, inciser l'urèthre de haut en bas et « le réunir à la peau du pénis. Voici comment on « opère s'il faut retrancher complètement les corps « caverneux : le malade étant placé en travers du lit « et soutenu par des oreillers, est endormi.., une « bougie introduite dans l'urèthre est confiée à un « aide ainsi que l'organe. A l'aide de deux incisions « semi-elliptiques, commençant vers la région « pubienne et se terminant à la région scrotale, la « partie adhérente de la verge est circonscrite. Les « deux corps caverneux sont disséqués jusqu'à leur « insertion à l'ischion d'où ils sont détachés avec soin. « Pendant ce temps de l'opération, l'urèthre est respecté. Dès que les corps caverneux sont détachés, « l'urèthre distendu par la bougie est séparé de ceux-« ci dans une certaine étendue et coupé au point où la « maladie s'arrête. Alors, le canal est fendu verticalement et les deux portions latérales sont fixées sur « les bords de la première incision ; il résulte de l'opération une sorte de vulve au centre de laquelle se « voit l'urèthre.

« S'il ne s'agit que d'enlever une partie du pénis, il « suffit de faire la section de la peau et des corps « caverneux plus en arrière que celle de l'urèthre et, « après avoir incisé le canal en avant et en arrière, on « le maintient renversé de chaque côté au moyen de « quelques points de suture. Ce procédé s'oppose à la

« rétraction de l'urèthre et prévient le rétrécissement « du nouveau méat urinaire » (1).

Avant d'aborder l'étude des procédés dus à M. le docteur Quénu, procédés qui faisant l'objet principal de notre thèse formeront un chapitre spécial, nous allons discuter une autre question importante qui a beaucoup divisé les chirurgiens.

A quel niveau doit-on attaquer la couche sous-cutanée et les tissus profonds?

En avant de la section des corps caverneux? au même niveau ou en arrière?

Chacune de ces manières a eu ses partisans.

Boyer voulait que l'on incisa la peau un peu en avant de la section des corps caverneux, invoquant pour prétexte la rétraction des téguments pendant le travail de cicatrisation. D'autres, allant plus loin, voulaient que l'on fît une véritable manchette, comme l'on a coutume dans l'amputation des membres, afin que l'érection ne fût pas gênée pendant la cicatrisation et pût se faire sans amener de déchirures. Les résultats étaient déplorables; on voyait la peau se replier sur elle-même, oblitérer l'urèthre et devenir un obstacle insurmontable à la sortie des urines (2).

Ledran a vu cet accident se produire, et il fallut appuyer sur les parties malades pour sentir le point où les urines faisaient effort pour sortir ; on y porta la

---

(1) Demarquay. Traité des affections chirurgicales du pénis.

(2) Sabatier. Traité de médecine opératoire.

« pointe d'une lancette, et l'ouverture qui avait été faite « avec cet instrument dut être entretenue au moyen « d'une canule ».

Ainsi donc : persistance d'un bourrelet considérable de la peau, sa proéminence autour du méat faisant obstacle à la sortie des urines en jet, à moins d'intervenir par une action mécanique ; écoulement de l'urine se faisant lentement et en bavant sur la peau ; tels étaient les tristes effets d'une semblable manière d'opérer !

Aussi une réaction ne tarda pas à se produire, car outre ces divers inconvénients, il y en avait un autre dans la recherche des artères caverneuses, devenue très laborieuse, lorsqu'on voulait en faire la ligature. Ledran, voulant réagir contre la méthode de Boyer, tomba dans l'excès contraire : « On saisit la verge par « son extrémité antérieure après l'avoir entourée d'un « linge, on la tire à soi en ayant soin d'entraîner « beaucoup de peau. » Une semblable méthode a de tels inconvénients qu'elle doit, elle aussi, être rejetée, ce sont : un retard excessif dans la cicatrisation, une gêne réelle dans les érections avec déchirures au niveau des points où ont été faites les sutures, enfin quelquefois une insuffisance de peau pour recouvrir le moignon, et, si la section est faite près du pubis, un entraînement marqué de la peau des bourses.

En 1846, Rizzoli (de Bologne), bien après Blandin, déclare dans un grand mémoire qu'il faut laisser aux téguments leur longueur naturelle et que le mieux est, pour arriver à ce résultat, de tendre également la

peau du côté du gland et du côté du pubis « le chi-
« rurgien, enveloppant avec un linge la portion du
« pénis qui doit être enlevée, saisit la verge de la main
« gauche et attire légèrement la peau pendant qu'un
« aide l'attire vers la racine de l'organe. Quand tout
« est bien disposé, d'un seul coup, il coupe perpendi-
« culairement la peau, les corps caverneux et l'urèthre,
« en commençant par la face dorsale de la verge.
« Cette section se fait d'un seul coup ; aussitôt après,
« on lie les deux artères dorsales de la verge et les
« deux caverneuses ». Il conseille ensuite, si des arté-
rioles supplémentaires donnent encore, de les lier.

Nous avons insisté sur la date du mémoire de Rizzoli (1846), car en France c'est généralement à Malgaigne et à Ricord que l'on attribue ce procédé. Or, son véritable auteur, après Blandin toutefois, semble être l'italien Rizzoli. Ce ne fut, en effet, qu'en 1854 que Ricord le formula. Pour se faire une opinion à ce sujet, on a beaucoup discuté pour savoir quel est le tissu qui se rétracte, la peau ou le tissu des corps caverneux? Fergusson (1) soutient que ce sont les corps caverneux; mais, pour Malgaigne (2), l'un et l'autre se rétractent également : « Le principe de Boyer
« est fondé sur une appréciation inexacte des faits
« anatomiques. Le corps caverneux, dans l'état normal
« de la verge, est aussi rétracté qu'il le sera après l'am-

---

(1) Fergusson. Practical Surgery.

(2) Malgaigne Traité de médecine opératoire.

« putation ; la rétraction ne rencontre pas plus d'obs-
« tacle dans un cas que dans l'autre et la peau est
« absolument dans le même cas. Le corps caverneux
« n'est fixé que d'un côté et, s'il paraît se rétracter si
« fort après l'amputation, c'est qu'on l'a tiraillé outre
« mesure. »

Nous n'avons, pour notre part, aucune hésitation à nous ranger à l'avis de Malgaigne. Grâce à l'extrême bienveillance de M. le docteur Quénu, nous avons pu nous livrer, à Clamart, à quelques experiences et nous avons répété sur le cadavre les procédés opératoires qui font l'objet principal de notre thèse. Nous avons soigneusement noté la rétraction des tissus de la verge et nous sommes arrivés à cette conclusion, que tous se rétractaient à peu près également. Nous avons trouvé que la rétraction était : pour la peau 0m01 environ, pour les corps caverneux et l'urèthre un peu moins ; mais, si l'on tient compte de ce fait que, sur le vivant, le sang contenu dans les corps caverneux n'est pas coagulé et a, par suite, beaucoup plus de tendance à s'échapper, on en vient à penser que les deux sections doivent se trouver sensiblement sur le même plan. Du reste, les extrémités des corps caverneux étant suturées, le bout du moignon se trouvait à quelques millimètres en arrière de la section de la peau qui le recouvrait parfaitement. Les choses devant se passer d'une façon sensiblement analogue sur le vivant, les résultats que nous avons obtenus n'ont pu que nous faire persister dans la conviction que *tous les téguments doivent être sectionnés sur un même plan transversal.*



Nouveaux procédés d'ablation du pénis.

Nous allons indiquer deux nouveaux modes d'amputation de la verge.

Ces procédés, dus à M. le professeur agrégé Quénu, ont été employés l'un et l'autre avec succès par le distingué chirurgien dans son service à l'hôpital Cochin. Les résultats si favorables obtenus chez l'un de ces malades nous ont déterminé à en faire le sujet de notre thèse ; puissions-nous être assez heureux pour faire partager à ceux qui nous liront notre confiance absolue dans l'excellence d'une telle manière de se comporter !

Pour procéder par ordre, nous allons donner l'observation complète de nos deux opérés et, dans ces observations. nous ferons entrer, et le mode opératoire, et les phénomènes consécutifs à l'opération,

OBSERVATION I

Due a l'obligeance de M. le Dr Quénu. — Epithélioma du pénis. — Amputation.

L... Achille, 42 ans, peintre-vitrier, demeurant, 5, rue Lacépède, entre à l'hôpital Cochin où il occupe le lit nº 15, salle Bichat.

Antécédents héréditaires : rien de particulier. Antécédents personnels : en juin 1892, le malade fait une chute et les organes génitaux sont atteints par une barre de fer. Douleurs vagues dans les organes génitaux et dans le bas-ventre. Quinze jours après il s'aperçoit qu'il avait sur la verge une *écorchure* grosse comme la pointe d'une aiguille. Cette écorchure, siégeant *à la base du gland*, s'est ulcérée de plus en plus. Au mois d'août il se produit du bourgeonnement et de la suppuration. *Indolence absolue* depuis l'apparition du mal.

A l'examen de la lésion, on constate que *la moitié gauche du gland est détruite* par l'ulcération ; il n'en reste plus qu'une petite partie dans la région du frein. La partie droite présente un aspect bourgeonnant, lobulé, formé de trois ou quatre mamelons séparés par des plis anfractueux ulcérés.

L'*urèthre est comme disséqué* et il ne reste plus que la moitié droite du méat urinaire. L'orifice de l'urèthre est reporté à gauche et en avant.

On parvient assez difficilement à la base du gland ; l'ulcération descend à gauche jusqu'au sillon balano-préputial et présente, à ce niveau, un bourrelet très dur. Le prépuce œdématié montre des mamelons durs, très anfractueux, rosés, laissant suinter un pus fétide.

Jamais d'hémorrhagie ; indolence absolue et persistante.

Pas d'adénopathie à gauche ; à droite, on sent quelques ganglions présentant une certaine dureté.

Opération. — M. le docteur Quénu s'étant décidé à intervenir pratique à la fois l'extraction des ganglions et l'ablation du pénis.

1° *Extraction des ganglions.* — Incision de la peau de 5 à 6 centimètres environ, allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Extraction des ganglions. Suture de la peau.

2° *Ablation du pénis.* — Section de la verge, sauf de l'urèthre, à deux centimètres environ en arrière des régions néoplasiques, puis, section de l'urèthre à un centimètre environ en avant de la section des corps caverneux et de la peau afin de permettre la rétraction de l'urèthre.

Hémostase soignée par la ligature des principaux troncs vasculaires coupés, puis, suture à l'aiguille de Reverdin par des fils en série unissant le bord supérieur au bord inférieur de l'enveloppe élastique de façon à obtenir un tronc de cône complètement oblitéré. (Cette manière d'opérer mettra à l'abri des hémorrhagies secondaires pendant le travail de cicatrisation). On ne suture pas le corps spongieux de l'urèthre.

Enfin, suture à la peau de la muqueuse uréthrale formant à la partie postéro-inférieure une sorte de frein destiné à éviter le froncement de la peau autour de l'urèthre.

Suites de l'opération très bonnes et le malade sort guéri dix jours après l'opération.

On le voit, le procédé opératoire est ici à peine indiqué et cependant c'est le point capital de cette observation !

Pour éviter le froncement de la peau autour du nouveau méat, voici comment opéra M. le docteur

Quénu. Voyons d'abord un schéma de la section de la verge sur lequel nous indiquons la section de la peau et celle de l'urèthre (fig. 1). Le point A fut suturé en *a*, puis la peau du prépuce, ramenée de façon à coiffer les corps caverneux, fut suturée par une série de points autour de l'urèthre, le point B, venant en *b* et le point C en *c*. Mais la peau non employée, la partie B D C étant trop grande pour être suturée à la portion inférieure de la muqueuse uréthrale, ses deux bords s'accolaient en formant, au-dessous du canal de l'urèthre une sorte d'appendice B D C (fig. 2). Alors M. le docteur Quénu, ayant établi une série de sutures d'un bord à l'autre, obtint une sorte de frein qui s'arrangea fort bien par la suite.



Fig. 1.

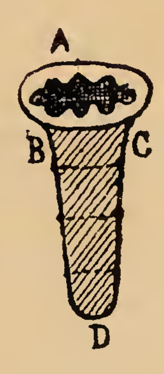


Fig. 2.

On le voit, un tel procédé opératoire assure de réels avantages ; par la section de l'urèthre à un centimètre en avant des corps caverneux il assure la béance du méat, par la formation d'un frein à la partie inférieure de l'urèthre, il supprime le froncement de la peau autour du méat et c'est là un désavantage des plus désagréables du procédé le plus habituellement employé dans la suture de la peau du prépuce à la muqueuse uréthrale.

Cependant, le frein formé à la partie inférieure de l'urèthre était quelque peu disgracieux, M. le docteur Quénu modifia alors, en opérant son deuxième malade, son premier procédé et, tout en gardant les avantages qu'il offrait sur les autres procédés généralement employés (hémostase assurée contre les hémorrhagies secondaires, pas de plissement de la peau autour du méat, béance de l'orifice uréthral), il supprima le léger inconvénient que présentait cette manière de se comporter.

OBSERVATION II

Recueillie dans le service de M. le Dr Quénu. — Epithélioma de la verge. — Amputation.

L... Edouard, 32 ans, charretier, lit nº 3, salle Boyer.

Antécédents héréditaires : rien à noter.

Antécédents personnels : il y a huit mois le malade reçoit un morceau de terre sur la verge. Il avait déjà un phimosis.

Il y a sept mois (octobre 1893), il s'aperçoit que, par l'orifice préputial, s'écoule un pus fétide que ne tarissent pas des injections d'eau blanchâtre ordonnées par un médecin.

Il y a cinq mois, au mois de décembre, un nouveau médecin consulté incise la région dorsale du prépuce et met à découvert une tumeur végétante et suppurante. Elle semble avoir envahi l'incision et occuper tout le prépuce. Elle repousse le prépuce en bas, elle est circulaire et semble s'être développée dans le sillon balano-prépuiial. Le malade fait des applications de compresses antiseptiques qui ne font pas cesser la suppuration.

Entré à l'hôpital le 10 mai, il présente une tumeur, bourgeon-

nante ; la verge a l'aspect d'un champignon couvert de pus fétide ; l'urèthre est intacte. Dans l'aine de nombreux ganglions volumineux. Quelques douleurs peut-être dues au phimosis dont le sujet est atteint.

Applications de quinquina qui transforme en plaie rose et granuleuse la surface gangrénée.

1° *Amputation de la verge* sous le chloroforme, le 18 mai 1894.

La peau de la verge est tendue également en arrière du point où va porter la section et en avant. La tumeur est entourée de compresses antiseptiques. L'hémostase est simplement exercée par la compression digitale faite par un aide à la racine de la verge.

Section de la peau et du tissu cellulo-élastique. Ligature de la dorsale de la verge.

Section des corps caverneux, à peu près au niveau de la section de la peau ; un ou deux vaisseaux qui donnent un écoulement sanguin sont liés. Section de l'urèthre à un centimètre en avant de celle des corps caverneux.

Suture des corps caverneux par des fils en série unissant le bord inférieur au bord supérieur de l'enveloppe élastique, de manière à obtenir un tronc de cône complètement oblitéré ; l'hémostase préventive contre les hémorrhagies secondaires est ainsi assurée.

Suture de la muqueuse uréthrale à la peau. *On fait d'abord quatre sutures principales aux quatre points cardinaux*, quatre pinces placées sur les fils au niveau de ces sutures servent de guides. Entre l'intervalle de deux pinces, on fait un nouveau point de suture ; on a ainsi huit points de suture grâce auxquels on obtient un plissement de la peau en étoile.

Le lendemain de l'opération, la température est de 37° et s'y maintient les jours suivants.

Le malade ayant de la rétention d'urine, on place une sonde à

demeure qui, bien supportée, est cependant enlevée au bout de quatre jours.

Les points de suture sont enlevés le 26; la réunion est parfaite et *le canal permet l'introduction d'une bougie à bout olivaire n° 23.*

2e *Ablation d'un ganglion inguinal gauche* le 31 mai.

Nous devons à notre excellent collègue et ami le Dr Loisel, licencié ès sciences naturelles, l'examen histologique de ce ganglion ; voici ce qu'il a trouvé : « Le tissu conjonctif du gan-« glion a proliféré partout, principalement dans la substance « médulaire, autour des vaisseaux. Les travées réticulées sont « devenues complètement fibrillaires ; le parenchyme folliculaire « n'est pas atrophié, les voies lymphatiques ne sont pas oblité-« rées. Aucune trace de cellules cancéreuses.

« En résumé, ce ganglion présente un commencement de « *transformation fibreuse.* » (G. Loisel.)

La miction s'accomplit normalement. Le malade, dont l'état est resté satisfaisant, sort de l'hôpital une dizaine de jours après l'opération.

On le voit, ce procédé d'amputation s'impose par son extrême simplicité et a sur le précédent l'avantage de ne pas laisser de frein consécutif à l'opération au dessus du canal de l'urèthre. Aussi recommandons-nous instamment cette manière de faire qui, tant par sa simplicité que par l'excellence des suites opératoires, donne toutes les garanties au chirurgien.

Des suites de l'ablation du pénis.

A. — ACCIDENTS IMMÉDIATS

Les résultats immédiats sont généralement excellents. Quelquefois, comme dans notre observation n° II, il y a de la rétention d'urine ; d'autres fois le malade se salit en urinant, mais ces divers accidents sont peu graves et disparaissent généralement au bout de quelques jours.

B. — ACCIDENTS ÉLOIGNÉS

Hémorrhagies secondaires. — Elles se produisent surtout au moment de l'érection ; mais l'état général a aussi sur leur production une grande influence, dit William Mac Cornac, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas de Londres. Il faut donc, chez les sujets dé-

biles, soigner l'état général, éviter surtout d'avoir une plaie de mauvaise nature; tout ce que l'on fera contre la pyohémie sera le meilleur traitement préventif contre les hémorrhagies secondaires. Dans les cas de plaie de mauvaise nature, il faut se hâter d'en opérer la transformation par le cautère; mais il ne faut cependant pas exagérer les bienfaits de cette manière de procéder, car la plupart des hémorrhagies secondaires se sont produites après l'emploi du fer rouge pour la section.

Jamais on n'a d'inquiétudes sérieuses et on en triomphe assez aisément par le simple passage d'une sonde dans l'urèthre, ces hémorrhagies se reproduisent aussi très facilement, aussi Mac Cornac propose de ligaturer les troncs principaux.

Du reste, en employant soit le procédé d'hémostase préventive de M. le professeur Poncet, soit celui de M. le docteur Quénu, on est toujours à l'abri de ces sortes d'écoulements et si un léger point vient à saigner nous avons dans l'emploi des pinces un moyen aussi simple que rapide d'en faire l'occlusion.

Infection purulente; phlébite. — Elle s'est produite un certain nombre de fois, surtout après l'amputation ignée. Après l'emploi du fer rouge on observe en moyenne une phlébite pour vingt opérés; pour les autres modes d'ablation, aucune statistique n'a jamais été dressée.

Récidives. — *Récidives fréquentes.* Quand l'épithélioma de la verge récidive, c'est rarement dans la plaie que se développe la nouvelle lésion cancéreuse, mais

presque toujours dans les ganglions inguinaux : « la « malignité ne laissa pas de passer plus avant et de « saisir les aines, donnant la mort à ce misérable ». Un malade de Hey, nommé Austin Wrey, mourut aussi par récidive ganglionnaire.

Ces néoplasies ganglionnaires secondaires se montrent sous forme de tumeurs qui prennent parfois un développement considérable. Bientôt on voit les masses s'ulcérer et donner naissance à un écoulement ichoreux fétide qui s'accompagne rapidement du triste cortège de la cachexie.

Miction. — La miction se fait généralement bien : « le canal de l'urèthre n'ayant pas d'action pour chas- « ser l'urine, l'amputation de la verge ne retranche « aucune des parties qui servent à l'expulsion de ce « liquide. »

Quelquefois, pendant les deux ou trois (1) premiers jours, *le malade pisse en jet*, mais cela s'arrange vite. Antoine G.., amputé de la verge pour un chancre phagédénique écrit à ce sujet : « Les premiers débuts que « je fus sorti de l'hospice, j'étais gêné pour uriner, car « ça écartait beaucoup et occasionnait à me salir : « mais petit à petit, ça s'est arrangé comme il faut, « ce qui fait que maintenant j'urine avec toutes les « facilités possibles. »

Les observations de Sabatier, à ce sujet, sont cou-

---

(1) Louis. Dictionnaire de chirurgie. Paris, MDCCLXXXIX, tome II, page 480, article « Verge. »

cluantes. Ambroise Paré croit à la nécessité de s'accroupir quand la section a été faite près le pubis ; « quand la section de la verge a été faite près du pubis, « il en résulte que le malade est obligé de s'accroupir, « comme les femmes, pour uriner » (1) ; aussi faisait-il construire, pour ce genre d'opérés, une canule spéciale. En Egypte, les eunuques ont une canule pour uriner. Cependant Raveton, conteste que, même dans ce cas, le malade soit *obligé de s'accroupir*, et il a pour lui la grande majorité des chirurgiens.

Velpeau ne croit pas à la fréquence du rétrécissement du méat.

Voillemier ne croit pas possible de prévenir cet accident : « Un homme ayant eu la verge coupée par les « dents d'un cheval. un rétrécissement se produisit et « Lenoir enleva une rondelle à l'extrémité du moignon. « *Un nouveau rétrécissement du méat se produisit.* »

Morel-Lavallée croit que la cause du rétrécissement du méat est dans *l'attrition des tissus.*

A Lyon, on admet qu'il peut être dû à la coarctation toujours si intense à la suite des lésions produites au fer rouge.

Le rétrécissement du méat entraîne après lui de sérieux accidents, tels que : congestion pulmonaire, dilatation du canal de l'urèthre, infiltration d'urine, ausssi, quand le fait se produit, faut-il débrider largement la paroi inférieure du canal.

---

(1) Ambroise Paré. Livre XXXIII, chapitre IX

On a observé quelquefois de *l'incontinence d'urine*, mais si cette complication est quelque peu répugnante, du moins n'a-t-elle pas beaucoup de gravité. Elle est due surtout à un défaut de contractilité musculaire que M. le docteur Magnin traite par le sulfate de quinine (1), d'autres par la strychnine.

M. Moulinié cite comme autre accident *l'étroitesse du méat* qui gêne l'émission des urines; on la combattra de la même manière que le rétrécissement.

Aptitude au coït. — Si la verge est complètement amputée, pas de coït possible. Mais, l'érection est due moins au gland qu'aux corps caverneux, et l'on est stupéfait de voir les dimensions que prend le moignon de la verge, quand on la croit privée des deux tiers de sa longueur (2). En un mot le coït se fera suivant la conformation variable des organes génitaux externes de la femme et suivant la longueur du moignon et on peut dire, en résumé, qu'il peut se présenter trois cas :

1° L'aptitude au coït est totalement perdue.

2° Il y a coït sans intromission réelle du pénis.

3° Il y a coït avec intromission réelle du pénis.

Il est évident que plus la section a été faite près du gland, plus l'intromission est certaine.

Que devient la sensation voluptueuse qui joue un

(1) Magnin. Thèse de Montpellier, 1873 : « De l'action de la quinine sur les fibres lisses.

(2) Malgaigne. Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale. Paris, 1856, tome II, page 419.

rôle si important dans le coït ? Pour les physiologistes, elle est disparue : « Le gland étant le siège du plaisir, « il est évident qu'en l'absence de cet organe la sen- « sation spéciale dont je parle ne se produira pas, et « que le coït ne pourra déterminer qu'une manifesta- « tion de la sensibilité générale. Pas de gland, pas de « volupté » (1).

Mais cette théorie est contestable.

Un mutilé, du nom de G... écrit : « Cette maladie ne « m'empêche aucunement de voir des femmes, je fais « mon travail tout comme auparavant, et avec autant « de plaisir quoique je sois un peu gêné pour la lon- « gueur. »

Cette affirmation est nette, donc la clinique est en contradiction formelle avec la physiologie. Les physiologistes répliquent que G.., encore jeune, a reculé devant l'aveu de son infirmité, qu'en outre il faut tenir compte de l'excitation cérébrale chez certains sujets. Il est facile de concilier ces deux opinions qui renferment probablement chacune leur part de vérité.

Aptitude a la fécondation. — Autrefois on croyait que le simple dépôt de sperme à l'entrée du vagin suffisait à la fécondation, aujourd'hui, on admet qu'il faut un contact direct entre le sperme et l'ovule. Il faut en outre :

1° Un sperme de bonne qualité, avec des spermatozoïdes animés de mouvements.

---

(1) Félix Roubaud. De la stérilité chez l'homme et chez la femme. Paris, J.-B. Baillière.

2° Emission du liquide dans le fond du vagin et cheminement des spermatozoïdes jusqu'à l'ovule.

Roubaud croit qu'il faut en outre que *le sperme soit projeté sur le col avec une certaine force* pour amener la fécondation.

On voit que la fécondation devient peu probable dans les cas d'amputation du pénis, mais on ne saurait rien affirmer à ce sujet.

Troubles de l'état général. — « De toutes les opé- « rations, celle à laquelle l'homme répugne le plns, « c'est l'amputation de la verge ». (1) Pour beaucoup, il survient de la mélancolie, voire même de l'hypochondrie. Sans doute, un homme ne voit jamais de gaîté de cœur diminuer l'emblème de sa virilité, mais les suicides et les morts par suite d'hypochondrie sont l'exception et si l'on a vu le malade de Richerand, à qui sa femme rendit la vie insupportable parce qu'il avait acheté sa guérison au prix du sacrifice de son organe, mourir après trois jours de fièvre ataxique, on a vu d'autre part un malade déclarer qu'il préférait cette opération à l'amputation du doigt.

On voit qu'il ne faut pas s'exagérer les troubles de l'état mental, consécutifs à l'ablation du pénis.

---

(1) Lefranc. Cliniques faites à l'hôpital de la Pitié.





CONCLUSIONS

Il faut toujours intervenir chirurgicalement dans le cancer de la verge, à moins que l'état général du malade ne le permette pas. Si les ganglions superficiels sont envahis, il faut les enlever ; si les ganglions profonds sont envahis, il faut s'abstenir de toute intervention.

Parmi les divers modes d'intervention nous repoussons tous les moyens autres que l'emploi de l'instrument tranchant et, parmi les divers procédés mis jusqu'alors en pratique, nous recommandons spécialement celui qui a été employé par M. le docteur Quénu chez le malade dont nous avons relaté l'observation (Obs. II).

Nous nous élevons contre la crainte exagérée qu'ont un certain nombre de chirurgiens de l'hémorrhagie opératoire et nous croyons que les procédés d'hémostase dont nous disposons actuellement (ligature, pinces

hémostatiques, compression), suffisent amplement à nous permettre d'envisager avec sang-froid une semblable éventualité.

Nous recommandons, pour nous prémunir contre l'hémorrhagie secondaire, soit le procédé préconisé par M. le professeur Poncet (de Lyon), soit le procédé préconisé par M. le docteur Quénu.

Enfin, dans les cas d'atrésie du nouveau méat urinaire, nous engageons à débrider largement l'urèthre et à créer une véritable hypospadias qui permette un facile écoulement des urines.

LETTRE DE M. LE PROFESSEUR PONCET.

« Lyon, 17 juin 1894.

« Cher Monsieur,

« Des occupations de tout genre m'ont empêché de vous répondre plus tôt, mais j'espère ne pas arriver trop tard pour votre thèse.

« Je n'ai pas d'indications bien personnelles à vous donner sur le cancer de la verge dont j'ai vu de nombreux cas et pour lesquels je suis intervenu 32 fois par l'amputation.

« Dans la *Province médicale* nº 18, page 273, du 30 avril 1887, vous trouverez une de mes leçons recueillie par le docteur Rochet sur le traitement du cancer du pénis. Si vous ne pouviez vous procurer la collection de ce journal, veuillez m'en informer, je vous le ferais envoyer de Lyon. Le procédé opératoire que je considère comme le procédé de choix est l'amputation avec le bistouri.

« Toutes les fois que la chose est possible, je fais l'hémostase préventive (comme dans l'amputation des membres), après avoir

tenu la verge relevée pendant quelques instants, avec un tube de caoutchouc, assez fortement serré, puis noué ou bien arrêté avec des pinces hémostatiques. Sous le tube hémostatique et sous forme de ligature, je fais avec du catgut solide une suture qui réduit, en quelque sorte, a une ligne la surface cruentée des corps caverneux. Cette suture perdue a une double action : elle assure l'hémostase et procure une réunion par première intention de la plaie des corps caverneux.

« Au dessus de cette suture, est alors pratiquée, soit avec des crins de Florence, soit avec des fils métalliques, la suture des bords de la peau. La paroi inférieure de l'urèthre est incisée sur une longueur de 0m012 à 0m015, s'il y a lieu, la peau adjacente est également encochée et les bords du nouveau méat sont bien exactement suturés (fils métalliques) avec les bords cutanés.

« Une sonde de Pezzer est pendant les premiers jours, à condition qu'elle soit bien supportée, laissée dans la verge. La sonde a, en outre, l'avantage, en servant de broche, de permettre l'application d'un pansement antiseptique protecteur. Avant le pansement, j'ai pris l'habitude de saupoudrer d'une couche épaisse d'iodoforme le moignon pénien. A vrai dire, la gaze stérilisée appliquée n'a pour but que de maintenir en place la poudre d'iodoforme qui permet d'obtenir une réunion par première intention *sous-crustacéo-iodoformée.*

« Les fils sont enlevés du 8e au 10e jour. A ce moment la réunion est parfaite et il suffit encore de sonder pendant quelques jours pour protéger la cicatrice contre les causes nombreuses d'infection : urine, etc..., et de maintenir quelques pièces de gaze.

« Pour les 32 cancers de la verge que j'ai amputés, une seule fois il s'agissait d'un épithéliome du méat et, fait particulier, la

femme du malade était atteinte de cancer du col utérin. Peut-être y avait-il eu infection du mari par la femme.

« Dans tous les autres cas, il s'agissait de tumeur ayant débuté par la muqueuse préputiale, au niveau de la rainure du gland, de l'orifice du prépuce, etc. Une fois seulement, chez un jeune homme de 17 ans (Voir *Province médicale*, 30 avril 1887) j'ai tenté une opération conservatrice, mais j'ai dû ensuite pratiquer l'amputation du pénis.

« Je n'ai jamais vu, du reste, que des cancers qui, par leur ancienneté, par l'étendue de leurs lésions, nécessitaient une telle mutilation, mais je crois que là comme ailleurs, à la langue ou aux lèvres par exemple, on pourrait, au début des lésions, se contenter d'une large ablation sans sacrifier le pénis. Les caustiques, le curetage, doivent alors, bien entendu, être rejetés ; l'opération doit également être faite au bistouri.

« Les indications de l'amputation sont, si je puis m'exprimer ainsi, *curatives* ou *palliatives*. Lorsque l'épithéliome est de date récente, lorsque les ganglions inguino-cruraux ne sont pas envahis on peut espérer une opération vraiment *curative*, mais à cet égard, je ne puis vous donner de chiffres, la plupart du temps ayant perdu mes opérés de vue. J'ai cependant suivi pendant trois ou quatre ans deux de mes malades qui, amputés dans de telles conditions, n'eurent pas de récidive. L'opération *palliative*, qui est souvent une opération de propreté, vise ces épithéliomes végétants, en chou fleuri, cratériformes, etc..., et alors les ganglions sont pris. Quand il en a été malheureusement ainsi, j'ai *toujours vu les malades succomber* dans les 12 à 15 mois qui avaient suivi l'opération (laquelle était cependant indiquée en raison des hémorrhagies, parfois de la douleur, mais surtout de l'infection de la plaie). Tous les malades porteurs de cancroïdes de la verge avec ganglions, et que j'ai suivis, sont tous morts de septicémie chronique ; chez tous il y eut une généralisation à la manière des

épithéliomes de la langue ou des lèvres avec adénite cervicale épithéliomateuse. Les masses ganglionnaires cancroïdales suppurent, en effet, le plus souvent l'infection se surajoute à la dégénérescence, aggravant ainsi encore et précipitant le pronostic.

« Au congrès d'Alger (Association Française 1882) j'ai décrit pour la première fois une variété d'épithélioma périnéal développé chez de vieux fistuleux. Dans la *Province médicale loc., cit.*, vous trouverez à cet endroit quelques indications. Cette variété de cancroïde se développe dans de vieilles fistules péniennes et périnéales.

« Jusqu'à plus ample informé, en dehors de toute intervention, telles sont, cher Monsieur, les quelques considératlons que je me fais un plaisir de vous transmettre. Je souhaite qu'elles puissent figurer dans votre thèse que je lirai avec beaucoup d'intérêt.

« Votre dévoué.

« PONCET. »





Index bibliographique.

AMBROISE PARÉ. — Ses œuvres (volume II, page 588 et volume XXXIII, chapitre IX.)

BARTHÉLEMY. — Journal hebdomadaire, tome XIII, page 41.

BERTRANDI. — Opera publicata e accrescinte di nota e di supplemente dai chirurgi. G. I. Panchienati et Brugnone, Torino, 1876.

BOUISSON. — Gazette médicale, 1860, page 732.

BOYER. — Journal de Fourcroy, année 1791.

DEBOZE. — Recueil de 1.026 observations chirurgiques, chez Pierre Chouet, à Genève (1670).

DEMARQUAY. — Traité des affections chirurgicales du cancer du pénis.

ESMARCH. — Wolkman sanmlung klinischer vortrage (1873).

FERGUSSON. — Practical surgery.

FÉLIX ROUBAUD. — De la stérilité chez l'homme et chez la femme. J.-B. Baillière.

GAZETTE DES HOPITAUX, 1849.

GRÆFE et BINET. — Revue médicale, 1828.

GUILLAUME-FABRICE DE HILDEN. — Observations chirurgicales, publiées en 1669, à Genève, chez Pierre Chouet, page 451, Observation XCV.

HEISTER. — Institutiones chirurgicæ. Amsterdam.

HEY. — Practical observations in surgery illustrated by cases. Tirhd edition, London, 1814, cap. XIV, page 461.

JEAN SCULTET. — Arcenal de chirurgie. Lyon, 1662, page 329.

JULIEN. — Thèse de Paris, 1873.

THE LANCET du 3-8 octobre 1857, tome II, page 341.

LEFRANC. — Cliniques faites à l'hôpital de la Pitié.

LOUIS. — Dictionnaire de chirurgie. Paris, 1789, tome II, page 480.

MAGNIN. — Thèse de Montpellier, 1873.

MALGAIGNE. — Traité de médecine opératoire.

— Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale. Paris, 1856, tome II, page 419.

PETIT-PRADEL. — Encyclopédie méthodique.

PHILIPEAUX. — Traité pratique de la cautérisation. J.-B. Baillière, 1856.

RUYSCH. — Opera omnia. Tome I, Observation XXX.

— Observationum anatomica chirurgicarum centuria. Amsterdam, 1691, in 4°, avec figures.

SABATIER. — Traité de médecine opératoire.

SCHRŒGER. — Rust Handbuch der chirurgie, volume I, page 467.

SÉDILLOT et LEGOUEST. — Traité de médecine opératoire ; bandages et appareils, 4e édition, 1870.

VARNER. — Observations de chirurgie (traduites de l'anglais). Chez Ganeau, 1759, Observation XXVII, page 137.

VIDAL. — Traité de pathologie externe.

Vu : Le Président de la Thèse,
TERRIER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris.— Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.